



DATE: \_\_\_\_\_

ECW#: \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO DEL SALUD PÚBLICO DEL CONDADO MARICOPA  
FORMA DE REGISTRACION

La información siguiente es solamente para registrarse y sea confidencial.

APELLIDO: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

INICIAL/SEGUNDO NOMBRE: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Mes/Día/Año)

Alguna vez ha usado otro nombre/apellido? (marque uno): No Sí: \_\_\_\_\_  
Otro nombre

Género: \_\_\_ Masculino \_\_\_ Femenino \_\_\_ Trans-género

Dirección: \_\_\_\_\_ # de Apartamento \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Tel. # (casa/mensaje) \_\_\_\_\_ (trabajo/celular) # \_\_\_\_\_

Grupo Étnico (marque solo uno):

\_ Blanco/Caucasian \_ Negro/Afro Americano \_ Indio Americano/ Nativo de Alaska

\_ Nativo de Hawaii \_ Asiático/Otra Isla Pacífica (especifique) \_\_\_\_\_

\_ Otro (especifique) \_\_\_\_\_

Raza: (marque solo uno): \_\_\_ Hispano/Latino \_\_\_ No-Hispano/No-Latino

Idioma Primaria: \_\_\_ Español \_\_\_ Otra: \_\_\_\_\_



## Maricopa County Department of Public Health

### Petición de Servicios de Clínica 6

**La Clínica de Enfermedades Sexuales solamente hace pruebas de Clamidia, Gonorrea, Sífilis y VIH y solamente trate Clamidia, Gonorrea y Sífilis. Sus servicios hoy no incluyen ni pruebas ni tratamiento por alguna otra infección. Si quieres que te hagan pruebas o ser tratado por otras infecciones, por favor pide a una persona en la Clínica por una lista de proveedores de servicios en la comunidad.**

**\*\*\*NO SE LE DARA UN REMBOLSO SI RECHAZA SERVICIOS EN LA CLINICA\*\*\***

**POR FAVOR, MARQUE QUE COMPRENDE LA INFORMACIÓN ENCIMA**

Para proveerle con el mejor servicio de asistencia médica, escoja una de las siguientes opciones:

- PRUEBA EXPRESA: Al seleccionar pruebas expresas se le pedirá una muestra de sangre y de orina. Se le harán pruebas de Clamidia, Gonorrea, Sífilis y VIH. Todos los resultados estarán disponibles en **3 días hábiles**. Usted **NO** será visto por un médico hoy.

Prueba expresa es la mejor opción si usted:

- **NO TIENE** síntomas consistentes de una de las Enfermedades de Transmisión Sexual; y
- **NO** ha sido aconsejado por un médico o un empleado del Departamento de Salud que necesita visitar la clínica; y
- **NINGUNA** de sus parejas sexuales le han dicho que tienen alguna Enfermedad de Transmisión Sexual

- VISITA DE ADMISION: Se le hará una serie de preguntas y se determinará si es necesario que sea visto por un médico, (esta opción no garantiza que usted será visto por un medico). Se le pedirá una muestra de sangre y de orina. Es posible que puede ser visto por un médico.

Visita de admisión es la mejor opción si usted:

- **HOY** tiene síntomas de las Enfermedades de Transmisión Sexual (tal como llaga/erupción); o
- Ha sido aconsejado por un médico o un empleado del Departamento de Salud que necesita visitar la clínica; o
- Alguna pareja sexual le dijo que tiene una Enfermedad de Transmisión Sexual; o
- Le han dicho que alguien con quien haya tenido relaciones sexuales tiene un Enfermedad de Transmisión Sexual.

PRUEBA RÁPIDA DEL VIH

- La prueba rápida es solamente entre las 8:00 AM y 3:00 PM
- La prueba puede durar hasta dos horas para obtener un resultado